

TABLA 1 Principales motivos de cambio de médico en pacientes y médicos de familia

	N.º de puntos	Porcentaje de puntos
<i>Pacientes activos</i>		
1. Relación médico-paciente deteriorada	192	32
2. Horario o turno de consulta	168	28
3. Dificultad para obtener incapacidad temporal	121	20,17
4. Referencias muy positivas de otro médico	78	13
5. Incompetencia técnica de médico	27	4,5
<i>Referencias muy positivas de otro médico</i>		
3. El médico no receta lo que necesitan	96	16
4. Agrupar a toda la familia con mismo médico	71	11,83
5. Incompetencia técnica del médico	37	6,17
<i>¿Por qué los médicos de familia creen que los pacientes activos cambian de médico?</i>		
1. Relación médico-paciente deteriorada	98	40,83
2. Lista de espera de varios días	62	25,83
3. Horario o turno de consulta	33	13,75
4. Incompetencia técnica del médico	20	8,33
5. Sensación de no ser escuchada por el paciente	18	7,5
<i>¿Por qué los médicos de familia creen que los pacientes pensionistas cambian de médico?</i>		
1. Relación médico-paciente deteriorada	82	34,16
2. No recetar o derivar cuando el paciente lo pide	70	29,16
3. Incompatibilidad de caracteres	40	16,67
4. Sensación de no ser escuchado por el paciente	18	7,5
5. El médico no soluciona sus problemas crónicos	13	5,42

general. La dificultad para obtener la incapacidad temporal es un motivo muy importante referido por los pacientes activos, lo que contrasta con la opinión de los médicos, que lo sitúan en un lugar secundario. Esto puede deberse a cierto grado de rentismo que en ocasiones se percibe en los pacientes activos¹⁻⁶.

La incompetencia técnica del médico no ocupa un lugar prioritario en las razones para cambiarse de médico, ni es muy valorada en la opinión de los médicos. Esto pone de manifiesto que los pacientes en general dan un mayor valor a las cualidades humanas y a la actitud condescendiente del médico que a la competencia científico-técnica.

El deterioro de la relación médico-paciente es, pues, el principal motivo de cambio de médico entre nuestros pacientes, tanto activos como pensionistas. La dificultad para obtener la incapacidad temporal es otro motivo importante en los pacientes activos. La incompetencia técnica del médico no ocupa un lugar prioritario en las razones para cambiarse de médico. No hay

grandes diferencias entre los motivos de cambio citados por los pacientes y los considerados como reales por los médicos.

**Mariano Leal Hernández,
José Abellán Alemán, Purificación
Gómez Jara y Blanca Martín-
Sacristán Martín**

Cátedra de Riesgo Cardiovascular.
Universidad Católica de Murcia (UCAM).
Murcia. España.

1. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1575/1993 por el que se regula la libre elección de médico en los Servicios de Atención Primaria el Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 238, 5/10/1993.
2. Lehmann S, Weingarten MA. Patients changing their family doctor-the doctor's reaction. Eur J Gen Pract. 1995;1:118-20.
3. Ruiz R. La relación médico-paciente: una vindicación del acto clínico. Aten Primaria. 2001;28 Supl 1:69-70.
4. Costa J. Evaluación de los servicios sanitarios. ¿Qué entendemos por satisfacción del paciente? Jano. 1999;1285:68-70.
5. García C. Variabilidad de las solicitudes de cambio de médico en el ámbito de la

atención primaria del Insalud: un estudio preliminar. Rev Esp Salud Pública. 1996;70:271-81.

6. Billingham B, Whitfield M. Why do patients change their general practitioner? Br J Gen Pract. 1993;43:336-8.

Modificación de los

mujeres con riesgo preconcepcional

Objetivo. Modificar los conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) en mujeres con esta enfermedad incluidas en el programa de riesgo preconcepcional.

Diseño. Se realizó un estudio de intervención comunitaria.

Participantes. Muestra aleatoria de 40 mujeres elegidas entre los casos con diagnóstico de HTA incluidas en el programa de riesgo preconcepcional del Policlínico Docente Armando García Aspúri de la Ciudad de Santiago de Cuba, a las que se impartió un programa de preconcepción entre el 1 de septiembre de 2005 hasta el 30 de mayo de 2006.

Mediciones principales. Edad, modificación de conocimientos sobre HTA y sus riesgos para el embarazo antes y después de la intervención comunitaria.

Resultados. Se observó que predominaron las mujeres en el grupo de edad de 30-39 años (n = 17; 42,5%) y con un nivel escolar preuniversitario (52,5%), indicadores que están en correspondencia con el buen nivel escolar de la población en la que se desarrolló la investigación, donde anteriormente habían sido educadas por los médicos de familia en relación con la edad óptima del embarazo.

Se demostró una alta eficacia del programa de intervención, elevándose un 95% el nivel de conocimientos de las mujeres en edad fértil sobre HTA.

Palabras clave: Modificación de conocimientos. Hipertensión arterial. Intervención educativa.

TABLA 1 Evaluación final de la intervención sobre conocimientos en las mujeres hipertensas estudiadas, 2006

Antes	Después					
	Adecuado		Inadecuado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adecuado	1	2,5	–	–	1	2,5
Inadecuado	37	92,5	2	5,0	39	97,5
Total	38	95,0	2	5,0	40	100

p < 0,05

Discusión y conclusiones. Con la aparición del médico de la familia se produce un cambio trascendental e iniciador de una etapa de desarrollo cualitativo en la atención primaria, lo que facilita las investigaciones científicas sobre las causas de muerte fetales-neonatales y exige una mayor profundización de los factores de riesgo y, entre ellos, la HTA^{1,2}.

La hipertensión gravídica constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad materna en países desarrollados donde se produce el mayor número de muertes de mujeres en edad fértil eclámpicas. En los países latinoamericanos constituye un problema de salud y aún es más significativo su papel como causa de mortalidad infantil, así como de mortalidad y morbilidad neonatales³⁻⁶.

En nuestro trabajo encontramos que el 95% de las mujeres estudiadas no dominaba los factores de riesgo de presentar en algún momento de su embarazo HTA, ni sus conse-

cuencias en el producto final de la gestación, y fueron calificadas con conocimientos inadecuados al inicio de la intervención. Estos aspectos fueron modificados favorablemente y revertidos para alcanzar la mayoritaria cifra de 39 para

un 97,5% con conocimientos adecuados después de la intervención, lográndose un efecto positivo en este aspecto tan importante de la enfermedad. Hubo un escaso control de la influencia de los hábitos tóxicos, el estrés y el mal hábito alimentario, donde hay deficiencias en las concepciones alimentarias de la población en sentido general y muy particularmente en las mujeres en edad fértil estudiadas, como los alimentos que deben consumir para reducir el riesgo de HTA.

Como evaluación final de la intervención se observa en la tabla 1 que 38 mujeres en edad fértil (95%) fueron calificadas con conocimientos «adecuados» y sólo 2 (5%), mantuvieron sus conocimientos «inadecuados» desde el inicio de las comprobaciones y las clases.

Estos resultados coinciden con otros estudios que lograron modificar favorablemente los conocimientos de las pacientes estudiadas con técnicas de intervención

educativas. Estos resultados avalan como eficaz la intervención aplicada.

Sería recomendable extender este tipo de intervenciones a otras áreas de salud.

José R. Labori Ruiz^a, Danay Pérez Guerra^b y Santiago Mock Hung^c

^aMedicina Familiar y Master en APS. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Departamento de Maestrías. Santiago de Cuba. Cuba. ^bMedicina Familiar. Policlínica Armando García. Santiago de Cuba. Cuba.

^cEspecialista en Gineco-Obstetricia. Policlínica Armando García. Santiago de Cuba. Cuba.

1. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral: salud y medicina. Vol I. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2001.
2. Sellén Crombet J. Hipertensión arterial. Diagnóstico, tratamiento y control. La Habana: Ed Félix Varela; 2002.
3. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. Vol I. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2002. p. 325, 327, 330 y 345.
4. Álvarez Sintés R. Temas de medicina general integral: principales afecciones del individuo en los contextos familiar y social. Vol II. La Habana: Ed Ciencias Médicas; 2001. p. 526-7 y 534.
5. Report of the National high blood pressure in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2001;183:1-22.
6. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. La Habana: MINSAP; 2001.